

ID:

令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和3年度調査)

後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用に関する意識調査 患者票

※この患者票は、患者さんに、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用状況やお考えについてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数字や内容・理由などをご記入ください。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは

先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される、先発医薬品と同じ有効成分、同様の効能・効果を持つ医薬品のことです。ジェネリック医薬品は先発医薬品より安価で、経済的です。

0. 最初に、この調査票のご記入者について、お伺いします。

この調査票のご記入者は、患者さんご本人でしょうか。それともご家族の方等でしょうか。

1. 患者本人（代筆の場合も含む）      2. 本人以外のご家族（具体的に：      ）  
3. その他（具体的に：      ）

1. 患者さんご自身のことについてお伺いします。

① 性別 ※○は1つだけ	1. 男性	2. 女性
② 年代	1. 9歳以下 6. 50代	2. 10代 7. 60代
	3. 20代 8. 70代	4. 30代 9. 80代
	5. 40代 10. 90歳以上	
③ お住まい	（      ）都・道・府・県	
④ お手持ちの健康保険証の種類 ※お手持ちの健康保険証の「保険者」名称をご確認ください。 ※○は1つだけ	1. 国民健康保険（国保）      2. 健康保険組合（健保組合） 3. 全国健康保険協会（協会けんぽ）      4. 共済組合（共済） 5. 後期高齢者医療広域連合（広域連合） 6. その他（具体的に：      ）      7. わからない	
⑤ 医療費の自己負担額（医療機関や薬局の窓口で支払う金額）がありますか。 ※○は1つだけ	1. ある      2. ない	
⑥ かかりつけ医がいますか。 ※○は1つだけ 注：かかりつけ医とは、「なんでも相談でき、必要な時には専門医や専門の医療機関に紹介してくれる、身近で頼りになる医師」のことです。	1. いる      2. いない	
⑦ 薬について相談ができる、かかりつけの薬剤師がいますか。 ※○は1つだけ	1. いる      2. いない	
⑧ 病気の治療や管理のため、注射剤（抗リウマチ薬やインスリン製剤、成長ホルモン剤、骨粗鬆症治療薬など）を、 <u>あなたご自身</u> で注射していますか。 ※○は1つだけ	1. している      2. していない	

2

## 【皆さんにお伺いします】

④ 今まで処方されていた先発医薬品から、本日、薬局でジェネリック医薬品へ変更しましたか。  
※○は1つだけ

1. 今まで処方されていた先発医薬品からジェネリック医薬品へ変更した
2. 既にジェネリック医薬品であったため変更しなかった →質問3. ①へ
3. ジェネリック医薬品へ変更しなかった →質問3. ①へ
4. 新規の処方なので今までの処方と比較できない、または、わからない →質問3. ①へ

→【上記④で「1. 今まで処方されていた先発医薬品からジェネリック医薬品へ変更した」と回答した方にお伺いします。】

④-1 ジェネリック医薬品に変更した時の薬局の窓口での薬代は、安くなったと感じられましたか。  
※○は1つだけ

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1. とても安くなった   | 2. それなりに安くなった   |
| 3.それほど変わらなかった | 4. わからない・覚えていない |

### 3. ジェネリック医薬品の使用に関するご経験などについてお伺いします。ここからは、本日のことだけではなく、今までのご経験についてお答えください。

① ジェネリック医薬品に関心がありますか。※○は1つだけ

- |          |          |              |
|----------|----------|--------------|
| 1. 関心がある | 2. 関心はない | 3. どちらともいえない |
|----------|----------|--------------|

② ジェネリック医薬品を知っていましたか。※○は1つだけ

- |          |                 |           |
|----------|-----------------|-----------|
| 1. 知っていた | 2. 名前は聞いたことがあった | 3. 知らなかった |
|----------|-----------------|-----------|

③ 今までにジェネリック医薬品を使用したことがありますか。※○は1つだけ

- |       |       |          |
|-------|-------|----------|
| 1. ある | 2. ない | 3. わからない |
|-------|-------|----------|

④ 医師からジェネリック医薬品についての説明を受けたことがありますか。※○は1つだけ

- |       |       |          |
|-------|-------|----------|
| 1. ある | 2. ない | 3. わからない |
|-------|-------|----------|

⑤ 医師にジェネリック医薬品の処方をお願いしたことはありますか。※○は1つだけ

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

⑥ 薬剤師にジェネリック医薬品の調剤をお願いしたことはありますか。※○は1つだけ

- |       |                  |
|-------|------------------|
| 1. ある | 2. ない →4ページの質問⑦へ |
|-------|------------------|

【上記⑥で「1. ある」と回答した方にお伺いします】

⑥-1 薬局で薬剤師に、ジェネリック医薬品の調剤は頼みやすかったですか。※○は1つだけ

- |                       |              |
|-----------------------|--------------|
| 1. 頼みやすかった            | 2. どちらともいえない |
| 3. 頼みにくかった → (その理由: ) |              |



## ② あなたがジェネリック医薬品を使用するにあたって重要なことは何ですか。

※あてはまる番号すべてに○

1. 効果（効き目）が先発医薬品と同じであること
2. 使用感（味を含む）がよいこと
3. 副作用の不安が少ないこと
4. 有効成分に加え、添加剤や製法も先発医薬品と同じであること
5. 先発医薬品とジェネリック医薬品について同じ点・異なる点を説明してもらえること
6. 医師のすすめがあること
7. 薬剤師のすすめがあること
8. 窓口で支払う薬代が安くなること
9. 少しでも医療財政の節約に貢献できること
10. その他（具体的に： \_\_\_\_\_）
11. 特にない →質問④へ

## ③ 上記②の選択肢 1～10のうち、最も重要なことは何ですか。

あてはまる番号を 1つだけお書きください。

## ④ 今までに受け取ったことがあるものは何ですか。 ※あてはまる番号すべてに○

1. ジェネリック医薬品希望カード
2. ジェネリック医薬品軽減額通知（差額通知等）
3. 薬剤情報提供文書

※薬局で受け取る、薬の名前や用法、効能、副作用等が記載された書類。

4. 受け取ったことがない →質問⑤へ

【上記④で1～3を選択した方（いずれかを受け取ったことがある方）にお伺いします。】

④-1 これらを受け取ったことをきっかけに、医師や薬剤師にジェネリック医薬品の相談・質問をしたことがありますか。 ※○は1つだけ

1. ある
2. ない

【上記④で1～3を選択した方（いずれかを受け取ったことがある方）にお伺いします。】

④-2 これらを受け取ったことをきっかけに、ジェネリック医薬品を使用したことがありますか。 ※○は1つだけ

1. ある
2. ない

## ⑤ あなたは「バイオ後続品（バイオシミラー）」という名称を知っていますか。 ※○は1つだけ

1. 知っている
2. 知らない

バイオ後続品（バイオシミラー）とは

バイオ後続品（バイオシミラー）とは、国内で既に承認されたバイオテクノロジー応用医薬品と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発される医薬品です。

（すべての方にお伺いします。）

5. ジェネリック医薬品を使用する上でのご意見・ご要望等をお伺いします。

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。  
お手数をおかけいたしますが、令和3年8月31日（火）までに専用の返信用封筒（切手不要）  
に封入し、お近くのポストに投函してください。